

V. Sigusch · Institut für Sexualwissenschaft (Direktor: Prof. Dr. V. Sigusch), Klinikum der Universität Frankfurt am Main

# Transsexualismus

## Forschungsstand und klinische Praxis

### Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten hat sich der kulturelle und soziale Status Transsexueller erheblich verändert. Sie haben Organisationen gegründet, verfügen über eigene Rechte und können die Leistungen der Krankenversicherungen in Anspruch nehmen. Erheblich verändert hat sich auch der professionelle Blick. Es werden heute sehr differente Persönlichkeitsstrukturen, Verläufe und sexuelle Präferenzen beschrieben. Differentialdiagnostisch ist v.a. an homosexuelle und transvestitische Entwicklungen, Psychosen, frühe Persönlichkeitsstörungen, Adoleszenzkrisen, kulturell induzierte Geschlechtsdysphorien sowie Intersexualismus zu denken. Therapeutisch ist die alte Konfrontation Psychotherapie vs. Operation weitgehend überwunden. Die Patienten sind heute deutlich jünger. Die Sex-Ratio nähert sich in Deutschland weltweit erstmalig der Relation 1:1. Die Anzahl erwachsener Transsexueller wird bei uns auf 2000 bis 4000 geschätzt.

### Schlüsselwörter

Geschlechtsidentitätsstörungen · Transsexualismus · Geschlechtsumwandlung

Jene Sonderbarkeiten, die wir heute Geschlechtsidentitätsstörungen nennen, beobachtet und beschreibt die moderne Medizin seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts [28, 64, 77, 79]. Anfänglich wurden sie als konträre Sexualempfindung, erotischer Verkleidungstrieb, Transvestitismus, sexoästhetische Inversion, Eonismus oder Psychopathia transsexualis bezeichnet und als Monomanie, periodisches Irresein, Metamorphosis sexualis paranoica oder sexuelle Zwischenstufe eingeordnet. Anfang der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts machte erstmalig die operative Geschlechtsumwandlung eines Mannes weltweit Schlagzeilen, nachdem bereits seit dem Beginn des Jahrhunderts vereinzelt derartige Eingriffe in Mitteleuropa vorgenommen worden waren. Seit den 60er Jahren werden transsexuelle Entwicklungen von anderen sexogenerischen Entwicklungen systematisch unterschieden und in Universitätskliniken systematisch auch im Sinne einer körperlichen Geschlechtsumwandlung behandelt [9, 51, 77]. Seither werden auch Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter erforscht [25, 48, 92].

### Kultureller Symptomwandel

In den letzten Jahrzehnten hat sich das klinische Bild des Transsexualismus so erheblich gewandelt, daß wir die von uns Mitte der 70er Jahre aufgestellten „Leitsymptome der entfaltenen transsexuellen Entwicklung“ [76, 77] revidieren mußten [69, 71], wie im Abschnitt „Diagnostik“ berichtet wird. Worauf dieser Wandel zurückzuführen ist, kann angesichts der Komplexität des Bedingungsgefüges hier nur angedeu-

tet werden. Wesentlich sind gewiß allgemeine Prozesse, die so entscheidend sind, daß sie als „neosexuelle Revolution“ beschrieben werden können [73, 75]. Während die kulturelle symbolische Bedeutung der Sexualität reduziert wurde, avancierte „Geschlechterdifferenz“ zum neuen Springpunkt. Lebens- und Sexualformen wurden auf eine vordem ungeahnte Art und Weise diversifiziert und pluralisiert. Sexogenerische Fragmente unterliegen heute einer exzessiven medialen Dispersion. Alte Perversionen treten als gesunde Neosexualitäten auf. Hand in Hand mit diesen Prozessen hat sich ein anderes Selbstverständnis Transsexueller herausgebildet sowie schließlich ein anderer professioneller Blick, der nicht mehr so „nosomorph“ [69] ist wie noch vor einem Jahrzehnt.

Besonders eindrucksvoll hat sich bei uns die soziale, psychosoziale und rechtliche Situation Transsexueller verändert. Mittlerweile sind sie in der Öffentlichkeit als Gruppe besonderer Menschen weitgehend bekannt und vom Staat als solche anerkannt. Sie müssen, anders als noch vor einer Generation, nicht mehr ins Ausland fahren, wenn sie sich operieren lassen wollen. Angesehene Kliniken sind bereit, geschlechtsverändernde Eingriffe vorzunehmen. Indem Transsexuelle eigene Zeitschriften herausbringen, Tagungen abhalten und Verbände gründen, konstituieren sie sich zumindest als so etwas wie eine transitorische Minderheit. Von Gewinn sind kritische Berichte Be-

---

Prof. Dr. V. Sigusch  
Klinikum der Universität, Theodor-Stern-Kai 7,  
D-60590 Frankfurt am Main

V. Sigusch

## Transsexualism. State-of-the-art and clinical management

### Summary

In the past decades the cultural and social status of transsexuals has changed considerably. They have established own organizations, obtained legal rights and access to health insurance services. The professional point of view has changed as well considerably. Very different personality structures, developmental courses and sexual preferences are described. As differential diagnoses homosexual and transvestitic developments, psychoses, early-onset personality disorders, adolescence crises, culturally induced gender dysphorias, and intersexual disorders have primarily to be considered. In therapy, the old confrontation psychotherapy vs. surgery has widely been relinquished. Patient's age is nowadays much lower. Sex ratio in Germany is approaching for the first time 1:1. So far worldwide a preponderance of biologically male transsexuals is reported. The total number of adult transsexuals in Germany is estimated 2000–4000.

### Key words

Gender identity disorders · Transsexualism · Hormonal and surgical sex reassignment · Prevalence of transsexualism

troffener (z.B. [65]) sowie nichtmedizinische Studien [28, 39, 64]. Sie belegen, wie sehr Medizin und Psychologie das, was als Transsexualismus bezeichnet wird, epistemisch und diskursiv mitbestimmen.

### Prävalenz

Von 1981 bis 1990 wurden in der alten Bundesrepublik 1422 Entscheidungen gemäß Transsexuellengesetz (s. unten) getroffen, von denen 683 die Vornamensänderung (Ablehnungsrate 10,9%) und 733 die Personenstandsänderung (Ablehnungsrate 3,6%) betrafen [54]. Die meisten der 1199 Antragsteller betrieben beide Verfahren gleichzeitig. Etwa 20% bis 30% der Antragsteller haben sich jedoch höchstwahrscheinlich mit der Änderung des Vornamens zufriedengegeben. Nur 6 Personen, also 0,4%, wollten eine Entscheidung rückgängig machen, davon lediglich eine Person eine Personenstandsänderung. Insgesamt ergab sich eine Zehnjahresprävalenz von 2,1 Transsexuellen pro 100000 volljährige Einwohner. Da sich die Zahlen nur auf die alten Bundesländer und nur auf das gewissermaßen absolute Hellfeld beziehen, dürfte unsere Schätzung zutreffen, nach der es einige tausend erwachsene Transsexuelle beiderlei Ausgangsgeschlechts in (Gesamt-) Deutschland gibt, wahrscheinlich etwa 2000 bis 4000, abhängig von der jeweiligen Definition. Die Behauptung Betroffener, es gebe 40000 bis 600000 Transsexuelle in Deutschland hat keine empirische Basis.

Wie sich die für hiesige Verhältnisse errechnete Prävalenzrate im internationalen Vergleich ausnimmt, zeigt Tabelle 1. Dabei fällt auf, daß aus dem mit Deutschland wohl am wenigsten vergleichbaren Stadtstaat Singapur deutlich höhere Raten berichtet worden sind. Betont werden muß, daß aus Gründen, die in der Sache liegen, keine wirklich reliablen Daten gewonnen werden können.

### Ätiologie

Transsexuelle Entwicklungen wurden in den letzten Jahrzehnten je nach der fachlichen Orientierung der Forscher und den Umständen der Zeit vielen differenten ätiopathogenetischen „Entitäten“ mehr oder weniger bündig zuge-

ordnet: Neurosen, Borderlinestrukturen, Psychosen, Fetischismus, Masochismus, negative Perversion, Homosexualität, homosexuelle Panikreaktion (sog. Kempfsche Krankheit), Intersexualismus, dienzephal Neuroendokrinopathie, H-Y-Antigendiskordanz usw. (vgl. [61, 69, 70, 77, 79]). Das zeigt dreierlei: die anhaltende Ratlosigkeit der Untersucher, die Abhängigkeit der Diagnose vom professionellen Blick des jeweiligen Experten und die Mannigfaltigkeit des sog. Transsexualismus.

Die Mannigfaltigkeit kann nur dann gesehen werden, wenn eine totalisierende Abwehr überwunden wird, die die existentielle Katastrophe bannen will und sich beinahe reflektorisch einstellt. Allein wegen der beängstigenden Irritationen der eigenen Geschlechtlichkeit verwirrt der transsexuelle Wunsch basal. Diese fundamentale Gefühlsreaktion auf transsexuelle Patienten, die klinisch als geradezu pathognomonisch angesehen wird, ist nicht nur auf das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zu beziehen, sondern ebenso auf kulturell fundierte Prozesse, die als „zisexuelle Abwehr“ [72] epistemologisch und dispositiv-analytisch mit dem transsexuellen Wunsch zusammenzudenken sind.

Wir werden uns damit abfinden müssen, daß der Transsexualismus ebenso ein „Conundrum“ [52], ein Rätsel, bleiben wird wie sein Gegenstück, das „Zisexualismus“ [69] genannt werden müßte. Vom Körpergeschlecht aus gesehen, erleben und befinden sich Transsexuelle jenseits („trans“), Zisexuelle dagegen diesseits („cis“), weil bei ihnen, der geschlechtseuphorischen Mehrheit, Körpergeschlecht, Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität fraglos und scheinbar natural zusammenfallen. Jedenfalls ist es trotz etlicher in sich durchaus schlüssiger, zumindest aber anregender psychogenetischer Abhandlungen und psychiatrisch-psychotherapeutischer Fallberichte (z.B. [6, 8, 12, 16, 22, 26, 41, 56, 67, 78, 79, 82, 84, 85, 86]) nicht gelungen, die Psycho- und Soziogenese transsexueller Entwicklungen ätiopathogenetisch auf einen ebenso spezifischen wie überzeugenden Nenner zu bringen. Allenfalls ein ungewöhnliches Maß an frühkindlicher Traumatisierung würden wohl die meisten Experten als kleinsten gemeinsamen psychogenetischen Nenner der verschiedenen trans-

sexuellen Verläufe angeben. Das Gefühl, einem anderen Geschlecht anzugehören, wird in diesem Zusammenhang als Rettungsphantasie interpretiert, die die in den ersten Objektbeziehungen erlittene Verletzung abwehrt und seelisch bannt.

Strittig ist nach wie vor, ob der Transsexualismus eine Krankheitseinheit ist oder nur ein Symptom, das bei verschiedenen Grunderkrankungen vorkommt [35, 36, 62, 69]. Zweifelsohne tritt der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung bei den verschiedensten Grunderkrankungen und Grundstrukturen auf, von der Paranoia über die psychotische Depression bis hin zur Anorexie und speziellen Konfliktkonstellationen in verschiedenen Lebensabschnitten von der Kindheit über die Adoleszenz bis hin zum Erwachsenenalter, abhängig von der kulturellen Situation. Hat er sich aber erst einmal organisiert, ob nun „von Anfang an“ oder als gemeinsame Endstrecke verschiedenartiger Entwicklungen, ist er selbst „terminal“ und zu einer „Entität“ geworden, die nicht mehr als vorübergehendes Symptom zu betrachten ist, das einer ganz anderen psychischen Struktur eher oberflächlich aufliegt und deshalb beseitigt werden kann.

Eine Somatogenese „des“ Transsexualismus konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Generell kommen abweichende körperliche Befunde, die die bekannten Geschlechtsfaktoren betreffen, bei Transsexuellen so oft vor wie in anderen Populationen auch. Humangenetische Befunde, die das H-Y-Antigen betrafen und in den letzten Jahren ätiologisch mit dem Transsexualismus in einen Zusammenhang gebracht wurden, gelten nach einigen kontrollierten Studien inzwischen allgemein als widerlegt [69, 70, 89]. Organische Erkrankungen, wie ein Klinefelter-Syndrom oder eine andere intersexuelle Fehlbildung, ein kongenitaler Hypogonadismus oder eine Temporallappenerkrankung, die sehr selten mit „transvestitisch-transsexuellen“ Symptomen einhergehen können, wurden weltweit nur selten beobachtet [9, 19, 61, 69, 76, 77].

### Diagnostik

Trotz der Revision der „Leitsymptome“ [69, 71], die gewissermaßen vom kulturellen Wandel des Transsexualismus er-

zwungen worden ist, hat die Symptomdiagnostik nach wie vor ihre Bedeutung, weil Transsexuelle einem Manifestationszwang unterliegen und weil dem Transsexualismus keine einheitliche Strukturdiagnose im Sinn von psychotisch, neurotisch, pervers usw. zugeordnet werden kann. Von entscheidender Bedeutung sind diagnostisch jedoch nicht Leitsymptome, sondern einerseits der sog. Alltagstest („full-time real-life test“) der Betroffenen, also das Leben in der intendierten Geschlechtsrolle über eine längere Zeit, und zwar nicht nur in geschützten sozialen Räumen, privat und intim, sondern öffentlich und im Beruf, und andererseits die emotionale Gewißheit des Therapeuten, die sich unwillkürlich im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen einstellt: „Das ist eine Frau“ bzw. „Das ist ein Mann“. Verlässlich wird die Diagnose „Transsexualismus“ nach allgemeiner Auffassung nicht deskriptiv-phänomenologisch gestellt, sondern im Verlauf einer therapeutischen Beziehung. Durch sie können auch am ehesten Entwicklungen ausgeschlossen werden, die vorübergehend mit einem Wunsch nach Geschlechtsumwandlung einhergehen.

Transsexuelle Entwicklungen werden heute nicht mehr als uniform, sondern übereinstimmend als vielfältig und vielgestaltig beschrieben. Es wird nicht mehr generell angenommen, Transsexuelle hätten keine Introspektions- und Übertragungsfähigkeit, seien folglich schon aus diesem Grund für eine Psychotherapie ungeeignet. Hinsichtlich der Strukturdiagnose wird von einer Borderlinepersönlichkeit sehr viel seltener gesprochen als früher. Heute werden auch von Psychoanalytikern andere seelische Strukturen gesehen, namentlich bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen, die insgesamt ein vielfältigeres Bild zeigen als Mann-zu-Frau-Transsexuelle (z.B. [7, 16, 34, 41, 42, 88]).

Früher war die Differenzierung in primären und sekundären Transsexualismus sehr beliebt [56]. Heute gilt sie eher als problematisch [62], weil sie fälschlicherweise nahelegt, es handle sich um ätiologisch differenzierbare Gruppen, was differentialtherapeutische Konsequenzen habe. Heute werden sehr unterschiedliche Verläufe beschrieben, wie es schon seit vielen Jah-

ren bei anderen sexuell-geschlechtlichen Abweichungen der Fall ist. Differentialdiagnostisch ist entscheidend, ob der transsexuelle Wunsch stabil ist, eine andere als transsexuelle Entwicklung ausgeschlossen werden kann und es dem Patienten im sog. Alltagstest zunehmend besser geht.

Während es früher üblich war, sexuelles Verlangen, Phantasieren und Erleben als untergeordnet im Vergleich zur zentralen Geschlechtsproblematik einzuschätzen, wird den Transsexuellen heute nicht mehr abgesprochen, sich auch als sexuelle Wesen zu erleben. Diese Veränderung könnte ein Hinweis darauf sein, daß ihre Geschlechtsidentität nicht mehr so fragmentarisch ist. Denn ohne Geschlechtsidentität ist eine strukturierte Sexualität gar nicht zu denken. Außerdem haben sich die kollektiven Geschlechtsphantasmata insofern geändert, als Männer nicht mehr generell zupackend und triebhaft und Frauen nicht mehr generell friedfertig und appetenzlos imponieren müssen. Das hat möglicherweise generische Transgressionen erleichtert.

Heute fallen bei Transsexuellen die intendierte Geschlechtsrolle und die intendierte Partnerwahl in alle Richtungen auseinander, die auch sonst beobachtet werden. Früher beschrieben sich beinahe alle Transsexuellen Ärzten gegenüber als heterosexuell. Demgegenüber gibt es heute transsexuelle Frauen mit männlichem Körpergeschlecht, die sich als lesbisch verstehen, und, wenn gleich sehr selten, transsexuelle Männer mit weiblichem Körpergeschlecht, die sich als homosexuell bezeichnen – ein Novum auch für die Sexualwissenschaft.

Das klinische Bild des Transsexualismus hat sich auch dadurch erheblich gewandelt, daß die Patienten, die zu uns kommen, immer jünger geworden sind. Die Chance dieser Veränderung ist, daß junge Patienten einen Geschlechtswechsel besser oder leichter bewältigen als ältere. Das Risiko ist, daß die Weichen zu früh in die falsche Richtung gestellt werden [47, 48].

Ganz offensichtlich verändert hat sich ferner die Sex-Ratio, das Verhältnis von Transsexuellen mit männlichem zu Transsexuellen mit weiblichem Körpergeschlecht. In Tabelle 1 sind entsprechende Angaben zusammengestellt. An den Verschiebungen der Ge-

Tabelle 1

**Transsexualismus: Prävalenz und Sex-Ratio nach Sigusch [74]**

Quelle	Land	Prävalenz auf 100000			Sex-Ratio M:F
		Gesamt	M-zu-F	F-zu-M	
Pauly (1965) [55]	Sammelreferat				3,7:1
Benjamin (1967) [10]	USA				8,6:1
Wälinder (1967) [90]	Schweden	1,9	2,7	1,0	2,8:1
Benjamin (1969) [11]	USA				7,4:1
Hoenig u. Kenna (1974) [29]	England/Wales	1,9	3,0	0,9	3,3:1
Ross et al. (1981) [63]	Australien	2,4	4,2	0,7	6,1:1
O'Gorman (1982) [53]	Nordirland	1,9			3,0:1
Eklund et al. (1988) [18]	Niederlande		5,6	1,9	2,9:1
Tsoi (1988) [87]	Singapore		35,0	12,0	3,0:1
Sigusch (1991) [69]	BRD (alt)				1,4:1
Osburg u. Weitze (1993) [54]	BRD (alt)	2,1	2,4	1,0	2,3:1
Bakker et al. (1993) [5]	Niederlande		8,4	3,3	2,5:1
De Cuyper et al. (1995) [15]	Belgien				1,7:1
Schmidt (1996) [66]	BRD				2,0:1 (1,0:1)
Sigusch (1996) [74]	BRD				2,0:1 (1,3:1)

schlechtsverteilung in den USA und Westeuropa im Verlauf der letzten Jahrzehnte kann abgelesen werden, wie wesentlich die kulturellen und medizinischen Bedingungen für die Herausbildung des Transsexualismus sind.

Anfang der 50er Jahre nahmen Kinsey et al. [31] eine Sex-Ratio von 50:1 bis 17:1 zugunsten der Mann-zu-Frau-Transsexuellen an. Anfang der 60er Jahre ergab sich für Gieses [23] Patienten ein Verhältnis von 7,2:1. Mitte der 60er Jahre wurde in den USA eine Sex-Ratio zwischen beinahe 9:1 und etwa 4:1 mitgeteilt [9, 10, 11, 55]. Im Verlauf der folgenden Jahrzehnte hat sie sich dann in den USA und Westeuropa auf eine Relation zwischen 3:1 und 1:1 verschoben.

Anhand der Gerichtsverfahren nach dem Transsexuellengesetz in den Jahren 1981 bis 1990 wurde für die alte Bundesrepublik eine Sex-Ratio von 2,3:1 ermittelt [54]. Schmidt [66] nennt für die Patienten der Hamburger Abteilung für Sexualforschung eine Ratio von 2:1 für die Jahre 1992 bis 1994, wobei sich bei den Geburtsjahrgängen von 1960 an ein Verhältnis von 1:1 ergibt. Bei den Patienten des Frankfurter Instituts für Sexualwissenschaft war die Ratio zur selben Zeit ebenfalls 2:1 (alle Geburtsjahrgänge) bzw. 1,3:1 (nur die 1960 oder später Geborenen). Demgegenüber sind aus mehreren osteuropäischen Ländern im Verlauf der 80er

Jahre Verhältnisse um 1:5 zugunsten der Transsexuellen mit weiblichen Körpergeschlecht mitgeteilt worden (vgl. [69]). Daß in diesen Ländern mehr Frauen als Männer als „transsexuell“ angesehen werden oder sich selbst so definieren, könnte v.a. mit der unterschiedlichen Stellung der Geschlechter, der unterschiedlichen Bewertung von Abweichungen wie Homosexualität („Soziopathie“) und Transsexualismus („echte Krankheit“) sowie mit einer differenten Diagnostik zusammenhängen.

### Differentialdiagnostik

Die Differentialdiagnostik ist heute noch schwieriger als früher. Auch deshalb muß jeder medizinisch-psychologische Wildwuchs noch entschiedener bekämpft werden, um Fehlindikationen irreversibler Eingriffe zu vermeiden. Einige Operateure meinen, sie könnten allein entscheiden, wer transsexuell ist und wer nicht; einige Psychologen ohne ausreichende Erfahrungen sind nicht weniger fahrlässig. Es gibt nicht nur eine kulturtechnische Transsexuellognese [28, 69, 72, 73] und eine beängstigende „Verselbständigung“ des Prozesses der Geschlechtsumwandlung, von der Langer [36] gesprochen hat; es gibt auch ganz konkret einen iatrogenen Transsexualismus [76, 77], der dadurch zustande kommt, daß ein sog. Experte

daran mitwirkt, einen transitorischen Wunsch nach Geschlechtsumwandlung durch Mitagieren und falschen Liberalismus seelisch zu organisieren und endgültig zu fixieren.

Im einzelnen muß differentialdiagnostisch beim Wunsch nach Geschlechtsumwandlung v.a. an folgende Entwicklungen und Störungen gedacht werden, die mit einer (passageren oder partiellen) transsexuellen Symptomatik einhergehen und (als psychopathologische Entwicklungen) ineinander übergehen können (z.B. [2, 13, 17, 30, 36, 41, 44, 61, 77, 79, 80, 83, 91]):

- homosexuelle Entwicklungen, insbesondere konflikthafte und stark abgewehrte;
- transvestitische Entwicklungen im Sinne einer sexuellen Perversion oder Paraphilie;
- psychotische Entwicklungen, insbesondere mit einer sich manchmal erst auf diese Weise zeigenden paranoiden oder halluzinatorischen Symptomatik;
- frühe und schwere Persönlichkeitsstörungen, z.B. Borderlinepathologien mit einer bizarren Symptomatik;
- neurotische und Adoleszenzkonflikte mit einer Konfusion der Geschlechtsidentität;
- psychopathologisch eher unauffällige „kulturelle“ Konfusionen und Überschreitungen der Geschlechtsrollen, z.B. mit transgenderistischer Geschlechtsdysphorie;
- organische Erkrankungen wie ein intersexuelles Syndrom oder eine Temporallappenerkrankung.

Wichtig ist, daß der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung allein die Diagnose Transsexualismus nicht zu rechtfertigen vermag, weil er bei allen genannten Entwicklungen auftreten kann, insbesondere als Versuch, sehr differente Konflikte und Spannungen zu lösen. Andererseits schließen organische Befunde und psychische Pathologien außerhalb der sexogenerischen Sphäre die Diagnose Transsexualismus und u.U. auch einen Geschlechtswechsel nicht aus. Auch aus diesem Grund ist entscheidend, daß die Diagnose aus einer therapeutischen Beziehung heraus gestellt wird, die hinsichtlich Frequenz, Dauer und Intensität diese Bezeichnung verdient.



## Therapie

Noch vor einem Jahrzehnt war die Therapie umstritten. Die einen Experten plädierten für Psychotherapie (z.B. [16, 49, 79]), die anderen für Operationen (z.B. [19]). Eine Kooperation von psychotherapeutischer und operierender Medizin wurde vermieden [35]. Heute sind die meisten Experten davon überzeugt, daß die strikte Gegenüberstellung von Operation und Psychotherapie letztere eher verhindert, weil das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses zumindest erschwert wird. Denn ein Patient, für den seine „Transidentitas“ lebenserhaltend ist, weil sie ihm überhaupt ein Gefühl des Mit-sich-Identischseins gibt, muß einen Psychotherapeuten, der seine Gefühle und seine Lebensweise als äußerst pathologisch und hochabnorm einschätzt und deshalb den Wunsch nach operativen Eingriffen beseitigen will, nicht als hilfreich, sondern als lebensbedrohlich erleben. Er wird ihm also aus dem Weg gehen, was heute noch leichter möglich ist als früher. Lehnt der Psychotherapeut dagegen eine somatologische Behandlung nicht einfach ab und drückt das auch aus, kann der Patient vielleicht seine Selbstzweifel zulassen und sich auf das Wagnis einer Psychotherapie einlassen. Ergebnisse katamnestischer Studien (z.B. [33, 45, 50]; vgl. die Übersichten [1, 14, 24, 60]) bestärken die Auffassung [35], daß erst die Verfügbarkeit operativer Möglichkeiten manchem Patienten die Einsicht erlaubt, nicht transsexuell zu sein. Offenbar beruhigt etliche Transsexuelle bereits die *Möglichkeit*, eines Tages vielleicht doch operiert zu werden.

Früher wurde eine Psychotherapie dann als erfolgreich angesehen, wenn der Patient den Wunsch nach Geschlechtsumwandlung aufgab oder wenigstens nicht durch chirurgische Eingriffe manifestierte. Heute wird der Erfolg eher danach beurteilt, ob der Patient weiß, was er tut, ob die spezielle Abwehr stabil ist und ihm ein Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle möglich ist. Da ausführliche Behandlungsberichte, in denen ein (eventuelles) Scheitern nicht verschwiegen wird, bisher viel zu selten vorgelegt worden sind, sei auf vorhandene Publikationen ausdrücklich hingewiesen (z.B. [26, 30, 32, 38, 40, 43, 46, 67, 78, 79, 86]).

Wird eine endokrinologisch-chirurgische Behandlung als indiziert angesehen, sollte nach übereinstimmender Auffassung erfahrener Therapeuten eine psychotherapeutische Begleitbehandlung wenn irgend möglich über die Zeit der geschlechtsverändernden Eingriffe hinaus erfolgen.

Eine gegengeschlechtliche Hormonbehandlung [3, 19, 20, 80] sollte erst indiziert werden, wenn der Therapeut den Patienten mindestens seit einem Jahr behandelt, wenn sich der Wunsch nach Geschlechtsumwandlung als stabil und lebbar herausgestellt hat und wenn der Patient das Leben in der intendierten Geschlechtsrolle mindestens ein Jahr lang kontinuierlich und umfassend erprobt hat (sog. Alltagstest). Eine zu frühe Hormonbehandlung kann allein wegen der irreversiblen Folgen (z.B. Hodenatrophie) verheerende Auswirkungen haben. Die Behandlung selbst, einschließlich körperlicher Untersuchung, somatologischer Indikation (z.B. Thromboembolierisiko), Aufklärung des Patienten (z.B. Notwendigkeit der lebenslangen Substitution), Befunddokumentation und Kontrolluntersuchungen, sollte ein fachlich ausgewiesener Arzt vornehmen.

Geschlechtsumwandlungsoperationen [19, 20, 21, 80] sollten erst indiziert werden, wenn der Therapeut den Patienten mindestens seit eineinhalb Jahren behandelt, wenn der Patient mindestens ebensolange in der neuen Geschlechtsrolle gelebt hat und wenn die Hormonbehandlung seit mindestens einem halben Jahr erfolgt. Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen wird heute als Standardmethode empfohlen: Exstirpation der Hoden, der Nebenhoden und des Samenleiters, Resektion des Penischaftes und aller Schwellkörper, Bildung von Vagina, Vulva mit Labien, Klitoris und weiblicher Urethramündung. Die Neovagina sollte in der Regel mit der invaginierten Penishaut ausgekleidet werden und eine ausreichende Tiefe und Weite haben. Unter Umständen sind auch Epilationen und bei ausbleibender Gynäkomastie eine Mammaaugmentationsplastik erforderlich. Bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen wird empfohlen: eine den individuellen Gegebenheiten angepaßte Mastektomie mit Mamillenverkleinerung sowie, möglichst auf vaginalem Weg, eine Kolpohysterektomie unter Exstirpation der Adnexe. Die Im-

plantation von Hodensurrogaten und die Konstruktion eines Penoids [27] gelten ebensowenig als Standardmethoden wie weitere plastische Operationen, z.B. Nasenkorrekturen [19, 20, 80].

Alle Somatotherapien müssen von einem kompetenten Psychiater, Psychotherapeuten oder Sexualmediziner ausführlich und plausibel schriftlich begründet werden. In Zukunft sollten dabei die „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ [80] beachtet werden, auf die sich eine von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung einberufene Kommission unter Leitung der Frankfurter Sexualwissenschaftlerin Sophinette Becker z.Z. unter Beteiligung der maßgeblichen Experten aus Deutschland und Österreich verständigt. Somatotherapeuten müssen nicht nur die allgemeinen medizinischen und fachspezifischen Voraussetzungen der Eingriffe prüfen, sondern sich auch selbst davon überzeugen, daß bisherige oder zukünftige „Standards of care“ von den die Somatotherapie indizierenden Gutachtern eingehalten worden sind.

Hauptziel der einvernehmlichen Formulierung von Behandlungs- und Begutachtungsstandards ist es, Fehlindikationen und damit Rückumwandlungsbegehren so weit wie irgend möglich zu vermeiden. Weltweit sind seit 1961 nach einer Literaturrecherche [60] 22 bis 23 „Geschlechtsrollenrückfälle“ dokumentiert worden. Das ist jedoch höchstwahrscheinlich nicht einmal die halbe Realität. Sicher ist, daß es mehr fehlindizierte Geschlechtsumwandlungen gegeben hat als publiziert worden sind [74, 77]. Sicher ist aber auch, daß in Deutschland nach allen offiziellen Daten [54] und internen Informationen erfreulicherweise sehr selten ein Rückumwandlungsbegehren vorgetragen worden ist. Ich selbst habe 1995 zum ersten Mal einen dieser Patienten gesehen, der andernorts begutachtet worden war.

Obgleich Transsexuelle in immer jüngerem Alter geschlechtsverändernde Eingriffe wünschen, lehnen die allermeisten Spezialeinrichtungen in Europa und Nordamerika solche Behandlungen ab, wenn die Patienten noch nicht 18, 20 oder 21 Jahre alt sind [57, 74]. Allerdings gibt es außerhalb Deutschlands Experten, die gegengeschlechtliche Hormonbehandlungen bereits im Jugendalter

vornehmen und für die Zeit vor der Pubertät diskutieren, eine Tendenz, die insbesondere Meyenburg kritisiert hat [47, 48].

## Rechtslage

Das am 1. Januar 1981 in Kraft getretene „Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen“ vom 10. September 1980 (BGBl I: 1654), kurz Transsexuellengesetz (TSG) genannt, räumt Transsexuellen auf dem Weg der freiwilligen Gerichtsbarkeit als eine Rechtswohltat die Möglichkeit ein, den die Geschlechtszugehörigkeit signalisierenden Vornamen abzulegen („kleine Lösung“, §§ 1 bis 7 TSG) oder den sog. Personenstand (männlich/weiblich) zu ändern („große Lösung“, §§ 8 bis 12 TSG), so daß sie auch in der neuen Geschlechtsrolle heiraten können. Nach einer langen Phase der verwirrenden und einander widersprechenden Entscheidungen der Standesamtsbehörden und der Gerichte hat der hiesige Gesetzgeber damit erstmalig das Rechtsprinzip der Umwandelbarkeit des Geschlechts aufgegeben und zugleich die Geschlechtszugehörigkeit nicht mehr ausschließlich anhand körperlicher Befunde definiert [68].

Durch Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts vom 16. März 1982 (1 BvR 938/81; NJW 1982: 2061) und vom 26. Januar 1993 (1 BvL 38, 40, 43/92; NJW 1993: 1517) ist die vom Gesetz vorgesehene Altersgrenze von 25 Jahren aus verschiedenen Gründen für beide „Lösungen“ aufgehoben worden. Durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 6. August 1987 (3 RK 15/86) ist Transsexuellen auch im Fall der geschlechtsverändernden Operation der Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen unter bestimmten Voraussetzungen eingeräumt worden. Mit Beschluß des Bundesgerichtshofes vom 8. März 1995 (IV ZR 153/94) ist Transsexuellen, deren neues Geschlecht rechtskräftig festgestellt worden ist, die Möglichkeit eröffnet worden, auch von privaten Krankenversicherungen die Kostenübernahme bei operativen Eingriffen zu verlangen. Eine Klage gegen diese Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht nicht zugelassen (1 BvR 785/95).

Hinsichtlich der Begutachtung nach dem TSG, die viele Probleme aufwirft, sei auf die neueste Literatur verwiesen [4, 36, 58, 59] und insbesondere auf die überzeugenden Erörterungen von Langer u. Hartmann [37] in diesem Heft. Strikt zu unterscheiden ist, ob es um die „kleine“ oder die „große Lösung“ geht, weil eine Entscheidung im Sinne der „kleinen Lösung“ oft größere Auswirkungen hat als eine im Sinne der „großen“, die bereits die dauerhafte Unfruchtbarkeit des Antragstellers ebenso voraussetzt wie eine deutliche Annäherung an das körperliche Erscheinungsbild des intendierten Geschlechts. Da wir wiederholt beobachten mußten, daß Betroffene ein Gutachten eines auswärtigen Experten, das lediglich dazu Stellung nahm, ob der Vorname nach den Bestimmungen des TSG aus fachlicher Sicht geändert werden kann, dazu benutzten, einen Operateur zu irreversiblen Eingriffen zu bewegen, sind wir dazu übergegangen, solche Gutachten, wenn wir sie verfassen, mit dem Vermerk zu versehen, daß es sich *nicht* um Gutachten handelt, in denen die Indikation zu geschlechtsverändernden medizinischen Eingriffen gestellt wird. Trotzdem sollte sich jeder Gutachter darüber im klaren sein, daß das Befürworten der Vornamensänderung in der Praxis auf eine generelle Zustimmung zur Geschlechtsumwandlung hinauslaufen kann. So muß beispielsweise darauf vertraut werden, daß der Chirurg ein solches Gutachten nicht nur in die Hand nimmt, sondern auch liest und sich danach richtet, was nicht immer der Fall ist.

## Selbstbestimmung und Professionalität

In der therapeutischen Praxis kommt dem Verhältnis von Selbstbestimmung und Professionalität ein besonderes Gewicht zu. Einerseits sollte sich kein Arzt oder Therapeut das Recht herausnehmen, existentielle Entscheidungen für seinen Patienten zu treffen. Das gilt für Heirat und Scheidung ebenso wie für irreversible Operationen. Andererseits kann kein Arzt oder Therapeut gegen sein Gewissen, seine Berufspflichten und seine Vorstellungen von Gott und der Welt dazu gebracht werden, Eingriffe zu befürworten oder vorzunehmen, die er nicht verantworten will.

Ein Arzt, der irrationalen Wünschen von Patienten unreflektiert zur Manifestation verhilft, hat versagt. Wenn der Wunsch nach Geschlechtswechsel mit Konflikten und Krankheiten verknüpft ist, die das übliche Maß seelischer „Unfreiheit“ nach dem Eindruck des Therapeuten übersteigen, hat er als Professioneller das Recht und auch die Pflicht, irreversible Eingriffe zu verhindern, jedenfalls nicht zu befürworten. Wird aber in der Psychotherapie ein Punkt erreicht, an dem der Patient das, was er wünscht, zu überblicken scheint, einschließlich der Konsequenzen, also nicht „unfreier“ ist als wir alle, kann er nur noch selbst entscheiden. Der Therapeut sollte sich, an diesen Punkt gelangt, auf die Subjektivität seiner Urteile besinnen und eine weitere Totalisierung, vielleicht die gravierendste, in sich relativieren, eine Totalisierung, die genau zu wissen meint, wer frei genug ist, über sein Leben zu entscheiden, und wer nicht.

Im Umgang mit dem Transsexualismus gibt es kein widerspruchsfreies Richtig oder Falsch. Die allgemeinen Widersprüche müssen ebenso ausgehalten werden wie die besonderen Konflikte. Praktisch wäre der transsexuelle Wunsch als eine kreative Ich-Leistung zu verstehen, die eine äußerst bedrohliche Lücke in der psychischen Selbstregulation kompensieren soll, was oft erst mit Hilfe einer Therapie gelingt. Theoretisch wäre der transsexuelle Wunsch als transintelligibel zu begreifen und das individuelle Leiden der transsexuell Genannten als ein Niederschlag transsubjektiver Negativität, die jeder Therapie entzogen ist.

Es kommt also in der Praxis darauf an, sich zu vergewissern, ob der Patient seelisch „frei“ genug ist, die Konsequenzen seines Wunsches abzuschätzen. Der Therapeut, der sich auf ihm bisher verschlossene Erfahrungen einläßt, könnte am Ende der Therapie verstanden haben, welche existentielle Bedeutung eine Geschlechtsumwandlungsoperation für seinen Patienten besitzt. Er könnte verstanden haben, daß eine solche Operation für seinen Patienten nicht lebensbedrohend, sondern lebenserhaltend ist, daß sie nicht die Bedeutung einer Verstümmelung hat, sondern einer Restitution, ob er den transsexuellen Wunsch nun theoretisch als eine gigantische Abwehrformation

ansieht oder nicht. Der Patient, der sich öffnet, könnte verstanden haben, daß ein operativer Eingriff nicht alle seelischen Schmerzen und sozialen Probleme aus der Welt schaffen wird. Indem der Patient über den Schatten der eigenen Obsession springt, erliegt er nicht mehr dem magischen Denken und illusioniert „die Operation“ nicht mehr als das total Gute. Indem der Psychotherapeut über den Schatten der eigenen Profession springt, phantasiert er „die Operation“ nicht mehr als das total Schlechte, sich dem magischen Denken entziehend wie sein Patient.

Die Entpathologisierung und Enttotalisierung des Transsexualismus erleichterte es gewiß geschlechtsdysphorischen Menschen, sich selbst aufzuklären und anders als bezogen auf medizinische Raster zu begreifen. Vielleicht dämpfte das auch den Wunsch nach immer raffinierteren Eingriffen bei beiden: den Transsexuellen und ihren Konstrukteuren. Denn zu hoffen ist, daß die Maßnahmen, von denen die Betroffenen ebenso ergriffen werden, wie sie sie selbst ergreifen, daß diese Maßnahmen um so maßvoller sein werden, je „freier“ sie getroffen werden können. „Freiheit“ und Selbstreflexion aber will eine Therapie erreichen, die die Selbstbestimmung der Patienten achtet, ohne der professionellen Verantwortung auszuweichen.

## Literatur

1. Abramowitz SI (1986) **Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery.** J Consult Clin Psychol 54:183–189
2. American Psychiatric Association (1994) **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed (DSM-IV).** American Psychiatric Association, Washington
3. Asscheman H, Gooren LJG (1992) **Hormone treatment in transsexuals.** J Psychol Hum Sexual 5:39–54
4. Augstein MS (1996) **Gutachten nach dem Transsexuellengesetz.** In: Clement U, Senf W (Hrsg) Transsexualität. Schattauer, Stuttgart New York, S 74–80
5. Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD (1993) **The prevalence of transsexualism in the Netherlands.** Acta Psychiatr Scand 87:237–238
6. Becker H, Hartmann U (1994) **Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive.** Fortschr Neurol Psychiatr 62:290–305
7. Becker S (1991) **Frau-zu-Mann-Transsexuelle.** Vortrag, gehalten auf der 6. Transidentitätsfachtagung in Frankfurt am Main
8. Benedetti G (1981) **Transsexualismus in der Sicht der Psychoanalyse.** Prax Psychother Psychosom 26:183–189
9. Benjamin H (1966) **The transsexual phenomenon.** Julian, New York
10. Benjamin H (1967) **Transvestism and transsexualism in the male and female.** J Sex Res 3:107–127
11. Benjamin H (1969) **Newer aspects of the transsexual phenomenon.** J Sex Res 5:135–141
12. Binder H (1933) **Das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung.** Z Ges Neurol Psychiatr 143:84–174
13. Blanchard R (1993) **Varieties of autogynephilia and their relationship to gender dysphoria.** Arch Sex Behav 22:241–251
14. Blanchard R, Sheridan P (1990) **Gender reorientation and psychosocial adjustment.** In: Blanchard R, Steiner BW (eds) Clinical management of gender identity disorders in children and adults. APP, Washington
15. De Cuyper G, Jannes C, Rubens R (1995) **Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium.** Acta Psychiatr Scand 91:180–184
16. Désirat K (1985) **Die transsexuelle Frau.** Enke, Stuttgart
17. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991) **Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien.** Huber, Bern
18. Eklund PLE, Gooren LJG, Bezemer PD (1988) **Prevalence of transsexualism in the Netherlands.** Br J Psychiatry 152:638–640
19. Eicher W (1992) **Transsexualismus, 2. Aufl.** Fischer, Stuttgart New York
20. Eicher W (1995) **Transsexualität.** Zentralbl Gyn 117:61–66
21. Eicher W (1995) **Operative Therapie bei intersexuellem, weiblichen Genitale und bei Transsexualismus.** Gynäkologe 28:40–47
22. Fenichel O (1930) **Zur Psychologie des Transvestitismus.** Int Z Psychoanal 16:21–34
23. Giese H (1962) **Psychopathologie der Sexualität.** Enke, Stuttgart
24. Green R, Fleming DT (1990) **Transsexual surgery follow-up: status in the 1990s.** Ann Rev Sex Res 1:163–174
25. Green R, Money J (1960) **Incongruous gender role: nongenital manifestations in prepubertal boys.** J Nerv Ment Dis 131:160–168
26. Greenson RR (1968) **Dis-identifying from mother: its special importance for the boy.** Int J Psychoanal 49:370–374
27. Hage JJ, Bloem JJAM, Suliman HM (1993) **Review of the literature on techniques for phalloplasty with emphasis on the applicability in female-to-male transsexuals.** J Urol 150:1093–1098
28. Hirschauer S (1993) **Die soziale Konstruktion der Transsexualität.** Suhrkamp, Frankfurt am Main
29. Hoenig J, Kenna JC (1974) **The prevalence of transsexualism in England and Wales.** Br J Psychiatry 124:181–190
30. Janssen PL (1984) **Zum transsexuellen Symptom in einem Partnerarrangement.** Psychother Med Psychol 34:76–80
31. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH (1953) **Sexual behavior in the human female.** Saunders, Philadelphia London
32. Kirkpatrick M, Friedmann CTH (1976) **Treatment of requests for sex-change surgery with psychotherapy.** Am J Psychiatry 133:1194–1196
33. Kockott G, Fahrner EM (1987) **Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study.** Arch Sex Behav 16:511–522
34. Kockott G, Fahrner EM (1988) **Male-to-female and female-to-male transsexuals: a comparison.** Arch Sex Behav 17:539–546
35. Langer D (1985) **Der Transsexuelle: Eine Herausforderung für Kooperation zwischen psychologischer und chirurgischer Medizin.** Fortschr Neurol Psychiatr 53:67–84
36. Langer L (1995) **Psychiatrische Gedanken zur Verselbständigung des Prozesses der Geschlechtsumwandlung und zur Rolle der Begutachtung.** Sexuol 2:263–275
37. Langer L, Hartmann U (1997) **Psychiatrische Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz: Ein erfahrungsgestütztes Plädoyer für Leitlinien und gegen Beliebigkeit.** Nervenarzt 68:862–869
38. Laszig P, Knauss W, Clement U (1995) **Psychotherapeutische Begleitung einer transsexuellen Entwicklung.** Z Sexualforsch 8:24–38
39. Lindemann G (1993) **Das paradoxe Geschlecht.** Fischer, Frankfurt am Main
40. Lothstein LM (1977) **Psychotherapy with patients with gender dysphoria syndromes.** Bull Menninger Clin 41:563–582
41. Lothstein LM (1983) **Female-to-male transsexualism.** Routledge & Kegan Paul, Boston
42. Lothstein LM (1988) **Female-to-male transsexuals who delivered and reared their children.** Ann Sex Res 1:151–166
43. Lothstein LM, Levine SB (1981) **Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients.** Arch Gen Psychiatry 38:924–929
44. Mayer C, Kapfhammer HP (1995) **Koinzidenz von Transsexualität und Psychose.** Nervenarzt 66:225–230
45. McCauley E, Ehrhardt AA (1984) **Follow-up of females with gender identity disorders.** J Nerv Ment Dis 172:353–358
46. Meyenburg B (1992) **Aus der Psychotherapie eines transsexuellen Patienten.** Z Sexualforsch 5:95–110
47. Meyenburg B (1994) **Kritik der hormonellen Behandlung Jugendlicher mit Geschlechtsidentitätsstörungen.** Z Sexualforsch 7:343–349
48. Meyenburg B (1996) **Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter.** In: Sigusch V (Hrsg) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart New York, S 312–326
49. Meyenburg B, Ihlenfeld C (1982) **Transsexualität und Psychotherapie.** Sexualmed 11:318–320

50. Meyer JK, Reter DJ (1979) **Sex reassignment: follow-up.** Arch Gen Psychiatry 36:1010–1015
51. Money J, Ehrhardt AA (1970) **Transsexuelle nach Geschlechtswechsel.** In: Schmidt G, Sigusch V, Schorsch E (Hrsg) Tendenzen der Sexualforschung. Enke, Stuttgart
52. Morris J (1974) **Conundrum.** Faber & Faber, London
53. O’Gorman EC (1982) **A retrospective study of epidemiological and clinical aspects of 28 transexual patients.** Arch Sex Behav 11:231–236
54. Osburg S, Weitze C (1993) **Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz.** Recht Psychiatr 11:94–107
55. Pauly IB (1965) **Male psychosexual inversion: transsexualism.** Arch Gen Psychiatry 13:172–181
56. Person E, Ovesey L (1974) **The transsexual syndrome in males.** Am J Psychother 28:4–20, 174–193
57. Petersen ME, Dickey R (1995) **Surgical sex reassignment.** Arch Sex Behav 24:135–156
58. Pfäfflin F (1996) **Therapeut-Patient-Beziehung.** In: Clement U, Senf W (Hrsg) Transsexualität. Schattauer, Stuttgart New York, S 24–34
59. Pfäfflin F (1996) **Erstellung der Gutachten.** In: Clement U, Senf W (Hrsg) Transsexualität. Schattauer, Stuttgart New York, S 80–87
60. Pfäfflin F, Junge A (1992) **Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlung.** In: Pfäfflin F, Junge A (Hrsg) Geschlechtsumwandlung. Schattauer, Stuttgart New York, S 149–457
61. Ploeger A, Flamm R (1976) **Synopsis des Transvestitismus und Transsexualismus.** Fortschr Neurol Psychiatr 44:493–555
62. Reiche R (1984) **Sexualität, Identität, Transsexualität.** In: Dannecker M, Sigusch V (Hrsg) Sexualtheorie und Sexualpolitik. Enke, Stuttgart
63. Ross MW, Wälinder J, Lundström B, Thuwe I (1981) **Cross-cultural approaches to transsexualism.** Acta Psychiatr Scand 63:75–82
64. Runte A (1996) **Biographische Operationen.** Fink, München
65. Schiffels W (1992) **Frau werden.** Edition Ebersbach, Zürich
66. Schmidt G (1995) **Pers Mitteilung**
67. Schwöbel G (1960) **Ein transvestitischer Mensch, die Bedeutung seiner Störungen und sein Wandel in der Psychoanalyse.** Schweiz Arch Neurol Psychiatr 86:358–382
68. Sigusch V (1980) **Medizinischer Kommentar zum Transsexuellengesetz.** Neue Jurist Wschr (NJW) 33:2740–2745
69. Sigusch V (1991) **Die Transsexuellen und unser nosomorpher Blick.** Z Sexualforsch 4:225–256, 309–343
70. Sigusch V (1992) **Geschlechtswechsel.** Klein, Hamburg
71. Sigusch V (1994) **Leitsymptome transsexueller Entwicklungen.** Dtsch Ärztebl 91:C 937–940
72. Sigusch V (1995) **Transsexueller Wunsch und zissexuelle Abwehr.** Psyche 49:811–837
73. Sigusch V (1996) **Kultureller Wandel der Sexualität.** In: Sigusch V (Hrsg) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart New York, S 16–31
74. Sigusch V (1996) **Transsexuelle Entwicklungen.** In: Sigusch V (Hrsg) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme, Stuttgart New York, S 327–346
75. Sigusch V (1996) **Sexualkultur und Sexualtheorie.** Gynäkologe 29:368–374
76. Sigusch V, Meyenburg B, Reiche R (1978) **Transsexualität.** Sexualmed 7:15–22, 107–116, 191–192, 244–246
77. Sigusch V, Meyenburg B, Reiche R (1979) **Transsexualität.** In: Sigusch V (Hrsg) Sexualität und Medizin. Kiepenheuer & Witsch, Köln, S 249–311
78. Socarides CW (1970) **A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation (“transsexualism”): the Plaster-of-Paris Man.** Int J Psychoanal 51:341–349
79. Springer A (1981) **Pathologie der geschlechtlichen Identität.** Springer, Wien New York
80. **Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen** (1997, in Vorb) Expertenkommission, initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, unter Leitung von S. Becker, Frankfurt am Main
81. **Standards of Care (1985)** Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Arch Sex Behav 14:79–90
82. Stekel W (1920) **Die Geschlechtskälte der Frau.** Urban & Schwarzenberg, Berlin Wien
83. Stoller RJ (1971) **The term “transvestism”.** Arch Gen Psychiatry 24:230–237
84. Stoller RJ (1973) **Splitting.** Quadrangle, New York
85. Stoller RJ (1976) **The transsexual experiment.** Aronson, New York
86. Thomä H (1957) **Männlicher Transvestitismus und das Verlangen nach Geschlechtsumwandlung.** Psyche 11:81–124
87. Tsoi WF (1988) **The prevalence of transsexualism in Singapore.** Acta Psychiatr Scand 78:501–504
88. Verschoor A, Poortinga J (1988) **Psychological differences between Dutch male and female transsexuals.** Arch Sex Behav 17:173–178
89. Wachtel S, Green R, Simon NG, Reichart A, Cahill L, Hall J, Nakamura D, Wachtel G, Futterweit W, Biber SH, Ihlenfeld C (1986) **On the expression of H-Y antigen in transsexuals.** Arch Sex Behav 15:51–68
90. Wälinder J (1967) **Transsexualism.** Gumperts, Göteborg
91. World Health Organization (1993) **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research.** WHO, Genf
92. Zucker KJ, Bradley SJ (1995) **Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents.** Guilford, New York London